

# کم آمدنی والے گھرانوں کے لیے پانی کا امدادی پروگرام (LIHWAP) بینفٹس کے لیے درخواست

مکمل اور دستخط شدہ درخواست یہاں بھیجیں: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

## درخواست دہندہ یا گھرانے کی معلومات (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں)

وہ شخص جس کے پاس [پانی] اور/یا سیوریج بل [بل] کی ادائیگی کی بنیادی اور براہ راست ذمہ داری ہے اسے یہ درخواست مکمل کرنی چاہیے۔ بل اس فرد کے نام پر ہونا چاہیے۔

پہلا نام: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_ درمیانی مختصر نام: \_\_\_\_\_  
گلی کا پتہ: \_\_\_\_\_ شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ ڈپ: \_\_\_\_\_  
ٹیلی فون نمبر: \_\_\_\_\_ لینڈ لائن  موبائل  رہائش کی کاؤنٹی: \_\_\_\_\_  
ڈاک کا پتہ اگر مذکور بالا سے مختلف ہو: \_\_\_\_\_

ای میل پتہ (اختیاری): \_\_\_\_\_ دوسرے نام جن سے مجھے جانا جاتا ہے وہ ہیں: \_\_\_\_\_  
ہاؤسنگ قسم:  خود کا ہے  کرایہ کے ساتھ پانی اور/یا کرایہ کی فیس میں سیور  کرایہ کے ساتھ پانی اور/یا سیور کا بل الگ سے  دیگر

مشترکہ پانی اور سیور  پانی  
کیا آپ کی سروس بند کر دی گئی ہے:  ہاں  نہیں  
میں اس میں مدد کے لیے درخواست دے رہا ہوں:  سابقہ بقیہ بل۔  موجودہ بل۔  
وینڈر کا نام: \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ نمبر: \_\_\_\_\_  
سروس کی مدت (اگر بل پر درج ہے) سے: \_\_\_\_\_ تک: \_\_\_\_\_ بقیہ رقم: \$ \_\_\_\_\_

سیور  
کیا آپ کی سروس بند کر دی گئی ہے:  ہاں  نہیں  
میں اس میں مدد کے لیے درخواست دے رہا ہوں:  سابقہ بقیہ بل۔  موجودہ بل۔  
وینڈر کا نام: \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ نمبر: \_\_\_\_\_  
سروس کی مدت (اگر بل پر درج ہے) سے: \_\_\_\_\_ تک: \_\_\_\_\_ بقیہ رقم: \$ \_\_\_\_\_

اپنے گھرانے کے تمام ممبروں کی فہرست بنائیں، جس میں آپ بھی بشمول۔ حسب ضرورت اضافی شیٹ منسلک کریں۔ جنسی شناخت، نسلیت اور قومیت اختیاری ہیں۔ قومیت کی شناخت کرنے کے لیے، براہ کرم مندرجہ ذیل استعمال کریں: امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی (I)، ایشیائی (A)، سیاہ فام یا افریقی امریکی (B)، کثیر النسل (M)، ہوائی کا قبائلی یا دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ (P)، سفید فام (W)، دیگر (O)۔

1. پہلا نام: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_ درمیانی مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  مرد  عورت جنسی شناخت (اختیاری) \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ سے رشتہ بذات خود \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ شہری/ امریکی شہری یا مستند پردیسی:  ہاں  نہیں  
ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری):  ہاں  نہیں نسل (اختیاری) \_\_\_\_\_

2. پہلا نام: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_ درمیانی مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  مرد  عورت جنسی شناخت (اختیاری) \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ سے رشتہ \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ شہری/ امریکی شہری یا مستند پردیسی:  ہاں  نہیں  
ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری):  ہاں  نہیں نسل (اختیاری) \_\_\_\_\_

3. پہلا نام: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_ درمیانی مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  مرد  عورت جنسی شناخت (اختیاری) \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ سے رشتہ \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ شہری/ امریکی شہری یا مستند پردیسی:  ہاں  نہیں  
ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری):  ہاں  نہیں نسل (اختیاری) \_\_\_\_\_

4. پہلا نام: \_\_\_\_\_ آخری نام: \_\_\_\_\_ درمیانی مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  مرد  عورت جنسی شناخت (اختیاری) \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ سے رشتہ \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ شہری/ امریکی شہری یا مستند پردیسی:  ہاں  نہیں  
ہسپانوی قومیت، لاطینی یا ہسپانوی نژاد (اختیاری):  ہاں  نہیں نسل (اختیاری) \_\_\_\_\_

کیا گھرانے میں کسی کو درج ذیل بینفٹس میں سے کوئی بھی حاصل ہو رہا ہے؟  گھریلو توانائی میں اعانت پروگرام (HEAP)،  سپلیمنٹل غذا کا معاونتی پروگرام (SNAP)،  عارضی اعانت (TA)، یا  سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI) تنہا رہنے والا فرد

اگر ہاں، تو کسے حاصل ہو رہا ہے؟ \_\_\_\_\_ کیس نمبر (ز): \_\_\_\_\_

کیا آپ کے گھرانے کا کوئی فرد معذور یا نابینا ہے؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو کون؟ \_\_\_\_\_

**آمدنی:** پچھلے مہینے کے لیے گھرانے کے تمام ممبروں کی آمدنی کی معلومات فراہم کریں، جس میں آپ بھی بشمول۔ درخواست دہندہ کو آمدنی کا ثبوت فراہم کرنا ہوگا۔ درخواست دہندہ گھرانے کے دوسرے افراد کی جانب سے آمدنی کی معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے۔ آمدنی کا ماخذ آجر کا نام، سوشل سیکیورٹی، سوشل سیکیورٹی معذوری، اعانت اطفال، کرایہ کی آمدنی، وغیرہ ہے۔ کثرت یہ ہے کہ آپ کو کتنی بار ادائیگی کی جاتی ہے: ہفتہ واری، ماہانہ، ہفتہ میں دو بار، وغیرہ۔ مجموعی رقم وہ رقم ہے جو کٹوتی سے پہلے ادا کی جاتی ہے۔ اگر میڈیکینر حاصل کرتے ہیں تو، براہ کرم مجموعی رقم درج کریں اور حصہ B اور / یا D کے لیے ادا کردہ رقم کی نشاندہی کریں۔

حاصل کرنے والے کا نام	آمدنی کا ذریعہ	کثرت	مجموعی رقم	میڈیکینر حصہ B اور / یا D
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

### اہم معلومات اور منظوریوں: (براہ کرم دستخط کرنے سے پہلے غور سے پڑھیں)

میں سمجھتا ہوں کہ اس درخواست کو جمع کراتے وقت تمام معلومات صحیح، مکمل اور درست ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ کم آمدنی والے گھرانوں کے لیے پانی کے امدادی پروگرام (LIHWAP) کے بینفٹس کے لیے اس درخواست کے سلسلے میں میری طرف سے جان بوجھ کر دیے گئے کسی بھی جھوٹے بیانات یا دیگر غلط بیانی کے نتیجے میں مجھے اپنے پانی اور / یا سیور فراہم کنندہ (ویٹرز) کو میری طرف سے ادا کی جانے والی اعانت کے لیے نابل قرار دیا جاسکتا ہے۔ اس کے علاوہ، اس پروگرام کے تحت اعانت حاصل کرنے کے مقاصد کے لیے میرے ذریعہ جان بوجھ کر دیے گئے کسی بھی جھوٹے بیان یا غلط بیانی کے نتیجے میں میرے خلاف کارروائی ہوسکتی ہے جس کے نتیجے میں مجھے دیوانی اور / یا فوجداری سزاؤں کا مستوجب قرار دیا جاسکتا ہے۔ اس درخواست پر فراہم کردہ معلومات یا تصدیق کے ذریعے دریافت کردہ معلومات باضابطہ معائنہ کے لیے دیگر ریاستی، وفاقی اور مقامی ایجنسیوں اور دھوکہ دہی کی تحقیقات یا قانونی چارہ جوئی کے مقصد سے نفاذ قانون کے اہلکاروں کو دکھائی جاسکتی ہیں۔ اگر میرے گھرانے کے خلاف دعوی سامنے آتا ہے تو، اس درخواست کی معلومات، بشمول سبھی SSN کو، وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں، ساتھ ہی دعووں کی وصولیائی سے متعلق کارروائی کے لیے دعوی وصول کرنے والی نجی ایجنسیوں کو بھیجا جاسکتا ہے۔

میں سمجھتا ہوں کہ اس درخواست پر دستخط کرنے کے بعد، میں نیویارک ریاست دفتر برائے عارضی و معذوری سے متعلق اعانت کو دستیاب کسی بھی (OTDA) نیویارک اسٹیٹ آفس آف عارضی اور معذوری امداد طریقے سے تحقیقات کرنے سے اتفاق کرتا ہوں تاکہ میرے ذریعہ LIHWAP بینفٹس کے لیے اپنی درخواست کے سلسلے میں فراہم کردہ معلومات کی توثیق یا تصدیق کی جاسکے۔ اپنی LIHWAP درخواست اور دستاویزات پر میں نے جو معلومات فراہم کی ہیں، اسے شناخت کی جانچ کے لیے استعمال کیا جائے گا اور میرے اور گھرانے کے دوسرے ممبروں کے لیے حاصل کردہ کمانی ہوئی اور بغیر کمانی ہوئی آمدنی اور دیگر تعاون کی تصدیق کرنے اور اس بات کا تعین کرنے کے لیے اس کا افسانہ یا دوبارہ افسانہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا درخواست دہندگان ادائیگی یا دیگر مدد حاصل کر سکتے ہیں۔ میں OTDA یا دیگر ریاستی، وفاقی، مقامی، یا دیگر مجاز اہلکاروں کو اس درخواست پر فراہم کردہ معلومات اور اپنے ذریعہ فراہم کردہ کسی بھی دستاویزات ساتھ ہی ساتھ کسی بھی بات چیت، ٹیکسٹس، یا OTDA یا دیگر ریاستی، وفاقی، مقامی، یا دیگر مجاز اہلکاروں کے ساتھ مواصلات کے دیگر ذرائع میں فراہم کردہ معلومات کو ریکارڈ کرنے، اسٹور کرنے، رسائی حاصل کرنے اور استعمال کرنے کے لیے اپنی رضامندی دیتا ہوں۔ میں واضح طور پر اس درخواست پر فراہم کردہ معلومات کے اجراء یا LIHWAP انتظامیہ کے لیے ضروری کسی بھی ادارے کو LIHWAP کے لیے اپنی اہلیت سے متعلق معلومات کے اجراء سے متفق ہوں، جس میں بشمول، لیکن نہ سوشل سروسز ڈسٹرکٹس، دیگر مقامی ایجنسیوں یا اداروں، اور امریکی محکمہ برائے صحت و انسانی خدمات (HHS) تک ہی محدود نہیں ہے۔ میں اس درخواست پر فراہم کردہ یا بینفٹس کی دہراؤ سے بچنے کے لیے کسی دوسرے ادارے کو LIHWAP کے لیے اپنی اہلیت سے متعلق معلومات کے اجراء اور استعمال سے بھی متفق ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ OTDA کی جانب سے LIHWAP فوائد کے لیے میری درخواست کے سلسلے میں اضافی معلومات طلب کی جاسکتی ہے اور میں OTDA کے ذریعہ تقویض کردہ وقت کے اندر اس طرح کی درخواست کردہ معلومات فراہم کرنے سے متفق ہوں۔

میں سمجھتا ہوں اور متفق ہوں کہ اس درخواست پر فون نمبر یا سولر فون نمبر فراہم کرنے یا ٹیکسٹ پیغامات (SMS/MMS) کے ذریعے رابطہ کرنے کی درخواست کرنے پر، OTDA اس نمبر کو کال کرنے، ٹیکسٹ پیغامات بھیجنے، یا LIHWAP سے متعلق صوتی پیغامات چھوڑنے کے لیے استعمال کر سکتا ہے۔ وائرلیس کیریئر کی جانب سے معیاری ٹیکسٹ پیغامات اور ڈیٹا کی شرحیں لاگو ہوسکتی ہیں۔ کالز یا ٹیکسٹ پیغام حاصل کرنے سے متعلق کوئی بھی لاگت کی ذمہ داری وصول کرنے والے فرد پر عائد ہوگی۔ NYS اور اس کے ایجنٹس اس کے لیے ذمہ دار نہیں ہیں اور نقصانات، خسارے، دعووں، ایشمول، یا لاگتوں کے لیے کسی بھی ذمہ داری کو قبول نہیں کریں گے، جن میں شامل ہیں، لیکن یہ صوتی، ٹیکسٹ اور ڈیٹا کے اخراجات تک محدود نہیں ہیں جو اس کے نتیجے میں ہوسکتے ہیں، یا LIHWAP کے لیے آپ کی درخواست سے متعلق ہوسکتے ہیں۔ کالز یا ٹیکسٹ پیغامات (SMS/MMS) وصول کرنے کے بارے میں تفصیلات کے لیے اپنے فون سروس فراہم کنندہ سے معلوم کریں۔ ٹیکسٹ پیغامات یا کالیں خودکار ٹیلی فون ڈائلنگ سسٹم کا استعمال کرتے ہوئے بھیجی یا کی جاسکتی ہیں۔ میں سمجھتا ہوں اور اس بات سے متفق ہوں کہ LIHWAP سے متعلق ای میل پتہ فراہم کرنے سے OTDA کے ذریعہ میرے فراہم کردہ ای میل پتے پر مواصلت بھیجی جاسکتی ہے۔

میں اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کو دستیاب پانی اور / یا سیور کی اعانت کے پروگرام، موسم کاری سے متعلق پروگراموں اور میری یوتیلیٹی کمپنی کے کم آمدنی والے پروگراموں کے حوالوں میں استعمال کرنے کی اجازت دینے کو بھی منظور کرتا ہوں۔ میں یہ بات بھی سمجھتا ہوں کہ OTDA میری سوشل سیکیورٹی نمبر کو پانی اور / یا سیور ویٹرز کی LIHWAP وصول کرنے کی توثیق کرنے کے لیے کرے گا۔ اس اجازت نامے میں میرے کسی بھی دکاندار (بشمول میری افادیت) کو مخصوص شماریاتی معلومات جاری کرنے کی اجازت بھی شامل ہے، بشمول میرا پانی اور / یا گٹر کا استعمال، استعمال، سالانہ لاگت اور OTDA کی ادائیگی کی تاریخ، اور مقاصد کے لیے LIHWAP کی کارکردگی کی پیمائش HHS میں شامل ہے، لیکن اس تک محدود نہیں ہے۔

میں نے مندرجہ بالا رضامندی کو پڑھا اور سمجھ لیا ہے اور اس میں موجود اجازت اور رضامندی سے متفق ہوں۔ میں سمجھتا ہوں اور متفق ہوں کہ اس درخواست پر دستخط کرنے اور OTDA کے پاس جمع کرانے سے میں ایسا دروغ حلفی کے جرماتے کے تحت کرتا ہوں اور میں اس بات کی تصدیق کر رہا ہوں کہ یہاں موجود معلومات صحیح، مکمل اور درست ہے۔

نام (جلی حروف میں) \_\_\_\_\_ دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

**مجاز نمائندہ:** آپ اپنے گھرانے کے حالات سے واقفیت رکھنے والے کسی بھی فرد کو اپنا مجاز نمائندہ نامزد کر سکتے ہیں۔ آپ کا مجاز نمائندہ: اپنی LIHWAP درخواست مکمل اور فائل کر سکتا ہے، ایجنسی سے رابطہ اور آپ کے کارکن سے بات کر سکتا ہے، آپ کی کیس فائل میں موجود اہلیت کی معلومات تک رسائی حاصل کر سکتا ہے، آپ کے لیے تمام فارم مکمل کر سکتا ہے، دستاویزات فراہم کر سکتا ہے اور ایجنسی کے فیصلے پر اپیل کر سکتا ہے۔ آپ کے لیے ابھی بھی اس درخواست پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ مجاز نمائندہ کا عہدہ تب تک مؤثر رہے گا جب تک کہ آپ اسے منسوخ نہ کر دیں۔ میں کسی نمائندہ کو نامزد اور مجاز کرنا چاہوں گا۔  ہاں  نہیں

نام (جلی حروف میں) \_\_\_\_\_ دستخط \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

**درخواست دہندگان کے لیے ہدایات**

مکمل اور دستخط شدہ درخواست یہاں بھیجیں:

NYS OTDA/LIHWAP

PO Box 1789

Albany, NY 12201

درخواست دینے کے لیے مجھے کس چیز کی ضرورت ہے؟ درخواست دہندگان کے لیے اس درخواست کے ساتھ درج ذیل دستاویزات/ معلومات شامل کرنا ضروری ہے۔ براہ کرم نقول فراہم کریں اور اصل نہیں:

- بنیادی درخواست دہندہ کے لیے شناخت کا ثبوت۔ گھر کے دیگر تمام ممبران کے لیے شناختی دستاویزات کی درخواست کی جاتی ہے، لیکن اس کی ضرورت نہیں ہے۔
- رہائش کا ثبوت۔ آپ کو اس رہائش گاہ پر رہائش پذیر ہونا ضروری ہے جس کے لیے آپ اعانت کی درخواست دے رہے ہیں۔
- A پانی اور/ یا سیور کا بل جس پر آپ کی مستقل اور بنیادی رہائش درج ہو بل درخواست دینے والے فرد کے نام پر ہونا چاہیے۔
- بنیادی درخواست دہندہ کے لیے آمدنی کی دستاویزات۔ گھرانے کے دیگر تمام ممبران کی آمدنی کی رقم درج کی جانی چاہیے، لیکن دستاویزات کی ضرورت نہیں ہے۔
- بنیادی درخواست دہندہ کا درست سوشل سیکورٹی نمبر (SSN)۔ گھر کے دیگر تمام ممبران کے لیے SSNs کی درخواست کی جاتی ہے، لیکن اس کی ضرورت نہیں ہے۔

درخواست کسے مکمل اور دستخط کرنی چاہیے؟ درخواست اس شخص کے ذریعہ مکمل کی جانی چاہئے جس کے پاس پانی اور/یا سیور بل کی ادائیگی کی بنیادی اور براہ راست ذمہ داری ہے۔

مجھے کون سا پتہ درج کرنا چاہیے؟ آپ کو اپنا حالیہ پتہ درج کرنا چاہیے۔ یہ آپ کی مستقل اور بنیادی رہائش گاہ ہونی چاہیے۔

آپ کو میرا فون نمبر کیوں درکار ہے؟ اضافی معلومات درکار ہونے پر یہ آپ کی درخواست پر بروقت کارروائی میں مدد کرے گا۔

میں گھرانے کے ممبران کے طور پر کسے درج کروں؟ اپنے گھر میں رہنے والے ہر فرد کا نام درج کریں، خواہ اس کا تعلق آپ سے نہ ہو یا مالی طور پر آپ کے گھرانے کی مدد نہ کرتا ہو۔ لائن 1 پر سب سے پہلے خود کا نام درج کریں۔

**جنسی شناخت:** نیو یارک ریاست صنف، جنسی شناخت یا نظر آنے کی حالت سے قطع نظر ریاستی فوائد اور / یا خدمات تک رسائی کے آپ کے حق کو یقینی بناتی ہے۔ آپ کو اپنی صنف اور گھرانے کے تمام افراد کی صنف کو مرد یا عورت کے بطور بتانی چاہیے۔ آپ یہاں پر جس صنف کی اطلاع دیتے ہیں وہ وہی ہونی چاہیے جو اس وقت ریاستہائے متحدہ کی سوشل سیکورٹی انتظامیہ کے پاس فائل میں موجود ہے۔ آپ جو صنف ذکر کریں گے وہ آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے ضروری ہے۔ یہ ممکنہ طور پر آپ کو حاصل ہونے والے کسی بینیفٹ کارڈ یا کسی دیگر عوامی رسائی والی دستاویز میں ظاہر نہیں ہوگی۔ صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ خود کو کس طرح سمجھتے ہیں اور آپ خود کو کیا نام دیتے ہیں۔ آپ کی صنفی شناخت پیدائش کے وقت جو تفویض کی گئی تھی وہی یا اس سے مختلف ہو سکتی ہے۔ اس درخواست کے لیے صنفی شناخت کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر آپ کی صنفی شناخت، یا آپ کے گھرانے کے کسی فرد کی صنفی شناخت، آپ کی رپورٹ کردہ صنف سے مختلف ہے اور آپ اس فرد کی صنفی شناخت فراہم کرنا چاہتے ہیں تو، بڑے حروف میں "مرد"، "عورت"، "غیر واضح جنس"، "X"، "مخنت"، یا فراہم کردہ جگہ میں "مختلف شناخت" لکھیں۔ اگر آپ بڑے حروف میں "مختلف شناخت" لکھتے ہیں تو، آپ مزید فراہم کردہ جگہ میں اس شخص کی صنفی شناخت کی وضاحت کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں۔

**شہری / پر دیسی کی معلومات:** LIHWAP حاصل کرنے کے لیے، آپ کو امریکی شہری، اہل پر دیسی یا امریکی نان-سیٹیزن شہری ہونا چاہیے۔ اہل پر دیسی یا امریکی نان-سیٹیزن شہری میں کیا شامل ہے اس بارے میں اضافی معلومات کے لیے، براہ کرم ریاست نیویارک کے دفتر برائے عارضی و معذوری سے متعلق اعانت ہاٹ لائن سے 1-800-342-3009 پر رابطہ کریں یا <http://www.otda.ny.gov> پر OTDA ویب سائٹ ملاحظہ کریں۔

**نسل / قومیت کی معلومات:** یہ معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے۔ اس سے درخواست کرنے والے اشخاص کی اہلیت یا موصولہ فوائد کی سطح متاثر نہیں ہوگی۔ ان معلومات کی درخواست کرنے کی وجہ اس بات کو یقینی بنانا ہے کہ پروگرام کے بینیفٹس نسل، رنگ یا قومی بنیاد سے صرف نظر کر کے تقسیم کیے جائیں۔

**کیا مجھے ہر ایک کے لیے سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنے کی ضرورت ہے؟** درخواست دہندہ کے لیے ایک درست سوشل سیکورٹی نمبر کی ضرورت ہوتی ہے اور گھر کے دیگر تمام ممبروں کے لیے درخواست کی جاتی ہے۔ اگر کسی ممبر کے پاس سوشل سیکورٹی نمبر نہیں ہے لیکن اس نے اس کی درخواست دی ہے تو، سوشل سیکورٹی نمبر بالکس میں "applied" (درخواست دی ہے) لفظ لکھیں۔ اگر آپ اس سیکشن کو بنیادی درخواست دہندہ گھرانے کے ممبر کے لیے خالی چھوڑ دیتے ہیں تو، آپ کی درخواست پر کارروائی نہیں کی جاسکتی ہے لیکن مزید معلومات کے لیے اس پر غور کیا جائے گا۔

**مجھے آمدنی والا سیکشن کس طرح سے مکمل کرنا چاہیے؟ کیا مجھے ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی؟** گھرانے کے تمام ممبران کے لیے تمام کمائی اور بغیر کمائی ہونی آمدنی کی فہرست بنائیں۔ کسی بھی کٹوتیوں سے قبل تمام رقم کو مجموعی آمدنی کے طور پر درج کیا جانا چاہیے۔ کٹوتیوں میں شامل ہیں، لیکن یہ انہیں تک محدود نہیں ہیں: انکم ٹیکس، چائلڈ سپورٹ، گارنٹمنٹس، صحت بیمہ، اور یونین کے واجبات۔ آپ کے لیے کمائی ہونی اور بغیر کمائی ہونی سبھی آمدنی سے متعلق دستاویزات جمع کرنا ضروری ہیں، جس میں بنیادی درخواست دہندہ کا خود کا کاروبار اور کرایہ کی آمدنی بشمول۔ آپ کو دیگر آمدنی سے متعلق ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ اصل دستاویزات جمع نہ کرائیں، انہیں واپس نہیں کیا جائے گا۔ اہلیت کی بنیاد درخواست کے مہینے میں آپ کے گھرانے کی مجموعی ماہانہ آمدنی پر ہوگی۔ Medicare کے لیے کسی بھی کٹوتیوں سے پہلے براہ کرم اپنی سوشل سیکورٹی کی رقم درج کریں۔ Medicare حصہ B اور/یا D کے لیے آپ جو رقم ادا کرتے ہیں اسے الگ درج کریں۔ Medicare حصہ B اور D کے لیے رقم آمدنی کے طور پر شامل نہیں ہے۔ بینک اکاؤنٹس، CD، اسٹاکس، بانڈز یا دیگر سرمایہ کاری والی آمدنی کے حصے سود یا منافع کے حصے ہی درج کریں۔ ہر اکاؤنٹ کو علیحدہ طور پر درج کریں۔ اگر آپ کو مزید جگہ کی ضرورت ہے تو، اضافی شیٹ منسلک کریں۔ سال میں تاحال موصول ہونے والی رقم درج کریں۔

**درخواست پر دستخط کرنا اور تاریخ ڈالنے کو یقینی بنائیں۔** درخواست پر شخص کے دستخط ہونے چاہیے جن کے نام پر پانی اور/ یا سیور بل ہے۔

**اپیل:** اگر OTDA کو آپ کی دستخط شدہ اور مکمل درخواست موصول ہوئے تیس (30) کاروباری دن سے زیادہ ہوچکے ہیں اور آپ کو اہلیت کے فیصلے کے بارے میں نہیں بتایا گیا ہے تو اپیل کی درخواست کی جاسکتی ہے۔ نامکمل درخواستوں کو دس (10) کاروباری دنوں تک کے لیے زیر التوا رکھا جاسکتا ہے اور زیر التواء مدت کو اطلاع فراہم کرنے کے لیے تیس (30) کاروباری دن کے پیمانہ وقت میں شمار نہیں کیا جاتا ہے۔ ایسے درخواست دہندگان جنہیں اعانت کی رقم سے منع کر دیا گیا ہے یا وہ اس سے متفق نہیں ہیں جس کے لیے انہیں منظور کیا گیا تھا وہ نوٹس کی تاریخ سے 60 دنوں کے اندر اپیل کی درخواست کر سکتے ہیں۔ اپیلوں کی درخواست ای میل کے ذریعے [NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov](mailto:NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov) پر، ٹیلی فون کے ذریعے (833) 690-0208 پر، یا تحریری طور پر کی جا سکتی ہے: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201.

## قابل قبول دستاویز کی قسمیں

<p><b>رہائش (جہاں آپ ابھی رہائش پذیر ہیں)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کرایہ دار اور مالک مکان کے نام اور پتے کے ساتھ موجودہ کرایہ</li> <li>• پانی، سیور، یا ٹیکس بل</li> <li>• کرایہ دار اور پتہ کے ساتھ لیز</li> <li>• مکان مالک/ کرایہ دار کی بیمہ پالیسی</li> <li>• یوٹیلیٹی بل</li> <li>• پتہ کے ساتھ مارگیج کی ادائیگی کے بکس/ رسیدیں</li> </ul>	
<p><b>شناخت</b></p> <p>آپ کو بنیادی درخواست دہندہ کے لیے درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ فراہم کرنا ضروری ہے۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ڈرائیور کا لائسنس</li> <li>• باتھویئر ID</li> <li>• امریکی پاسپورٹ یا حصول شہریت کی سند</li> <li>• سند ولادت، ہیتمہ کی سند*</li> <li>• درست سوشل سیکیورٹی نمبر*</li> <li>• دوسرے فرد کی جانب سے بیان*</li> </ul> <p><b>*ثبوت کی دو قسمیں درکار ہیں۔</b></p>	
<p><b>سوشل سیکیورٹی نمبر</b></p> <p>آپ کو بنیادی درخواست دہندہ کا درست سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN) فراہم کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر آپ کے پاس SSN نہیں ہے تو، آپ کو سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (SSA) میں اس کے لیے درخواست دینی چاہیے۔</p>	
<p><b>پانی اور/ یا سیور تصدیق</b></p> <p>براہ کرم اپنے سب سے حالیہ پانی اور/ یا سیور کا بل، حالیہ ٹیکس بل جس میں پانی اور/ یا سیور چارجز موجود ہو یا اپنے وینڈر کی جانب سے اسٹیٹمنٹ کی کاپی فراہم کریں۔ اگر آپ کے پاس پانی اور سیور کے لیے الگ بل ہیں تو، براہ کرم دونوں بلوں کی کاپیاں فراہم کریں۔</p>	
<p><b>آمدنی:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حالیہ چار (4) ہفتوں کی تنخواہ کی رسیدیں</li> <li>• اگر خود کاروبار ہے تو، حالیہ تین (3) مہینوں کے کاروباری ریکارڈ یا موجودہ سال کے لیے آپ کا دائر کردہ وفاقی ٹیکس ریٹرن، بشمول تمام قابل اطلاق شیڈول۔</li> <li>• پچھلے تین (3) مہینوں کے لئے کرایہ کی آمدنی/ اخراجات یا موجودہ سال کے لئے آپ کا دائر کردہ وفاقی ٹیکس ریٹرن، بشمول تمام قابل اطلاق شیڈول۔</li> <li>• بچوں کی اعانت یا گزارہ بہتہ/ شریک حیات کا تعاون</li> <li>• سود/ بینک/ منافع یا ٹیکس اسٹیٹمنٹ</li> <li>• رومر/پورٹر کا بیان</li> </ul>	<p><b>درج ذیل کے لیے ایوارڈ لیٹر باضابطہ خط و کتابت کی نقل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سوشل سیکیورٹی/ سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI)</li> <li>• سابق فوجی کے بینیفٹس</li> <li>• پینشنز</li> <li>• کارکنان کا معاوضہ/معذوری</li> <li>• بے روزگاری بیمہ سے متعلق بینیفٹس</li> </ul>